

이용계약에 관한 사항(운영규정 제2조)

제2-1조(계약기간 및 이용절차)

(이용계약)

1. 기관과 대상자 간의 서비스 이용계약은 대상자 본인이 체결하는 것을 원칙으로 한다. 단, 대상자의 의사에 따라 “대상자의 가족(보호자) 및 친척을 포함한 법적대리인”(이하 ‘보호자’라 함)과 계약이 가능하다.
2. 기관은 다음 각 호의 순서에 따라 이용계약을 체결한다.
 - ① 기관은 대상자의 「노인장기요양보험법」의 장기요양인정서, 개인별장기요양이용계획서를 확인하여 장기요양 등급을 받은 대상자임을 확인한다.
 - ② 기관과 대상자(보호자)는 장기요양급여제공 개시 전에 “장기요양급여제공 계약서(이하 ‘계약서’라 함)” 2부를 작성하고 날인하여 계약을 체결하고 기관과 대상자(보호자) 각각 1부씩 보관한다.

(계약기간)

본 기관의 계약기간은 기본적으로 인정서 유효기간 범위내로 한다. 단, 대상자(보호자)가 원할 경우에는 협의를 거치며 계약서에 명시한 기간으로 한다.

1. 이용대상자 및 법적 보호자의 서비스 받을 권리 보호를 위한 계약을 한다.
2. 계약기간은 서비스를 제공 받기 위한 계약서를 작성한다.
3. 등급 변동, 또는 계약기간 종료 시 수급자 및 보호자와의 개별 상담을 통하여 재계약 할 수 있다.

(이용절차)

① 신청접수 → ②사전방문 → ③사정회의 → ④서비스 계약체결 → ⑤서비스 제공 → ⑥사후관리

1. 신청접수 : 전화 또는 신청자 내방접수 - 장기요양 인정서 등을 통해 장기 요양수급자 여부 확인
2. 사전방문(초기면접) : 대상자 가정을 방문하여 대상자에 대한 종합적인 상황파악 기록(건강상태, 개인신상, 주거환경, 서비스 제공여부 등)
3. 사정회의(욕구사정) : 건강보험공단에서 제공하는 개인별장기요양이용계획서를 참조하여 수급자의 기능 상태 및 욕구에 대한 적합한 서비스 제공 횟수, 1일 서비스 제공시간, 일정 등을 결정한다.
4. 서비스 계약체결 : 신청자에게 서비스 제공 계획수립내역을 알리고, 서비스 제공 전 신청자나 그 가족과 서비스 계약을 체결한다.
※신청자가 기초수급자 이거나 의료급여 수급자인 경우 계약체결 전 반드시 수급자 주소지 관할 시·군·구청장의 승인을 받아야 한다.
※제공기관 서비스 계약 체결 후 계약 내용을 공단으로 통보하여야 한다.
5. 서비스 제공 : 가정방문(방문요양, 방문목욕)
6. 사후관리 : 서비스 제공에 대한 만족도 및 불만사항 청취, 서비스 제공 후 심신상태 변화체크

제2-2조(계약목적)

기관과 대상자(보호자)는 서비스 이용계약을 통해 계약 당사자가 가지는 권리와 의무의 발생 및 변경, 소멸을 명확히 함으로써 양질의 서비스 제공과 기관의 사업목적을 원활하게 달성하는 것에 계약의 목적이 있다.

1. 대상자 관리보호 및 보호자의 욕구를 충족 시켜 주기 위한 서비스 제공
2. 계약을 통하여 발생할 수 있는 계약당사자간의 분쟁을 미연에 방지
3. 명확한 안내와 설명을 통해 한층 더 질 높은 요양서비스를 제공

제2-3조(월 이용료 및 그 밖의 비용부담액)

(노인장기요양기관 기본 수가)

매년 개정되는 보건복지부 「장기요양급여제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한고시」의 ‘재가급여 월한도액 및 산정 기준’에 따른다. (추후, 변경 시 수정하여 공개된 장소에 비치한다.)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
2026년	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320

(인지지원등급은 방문요양급여를 이용할 수 없음.)

1. 감경 적용범위 및 기준

1) 「국민건강보험법 시행규칙」 제15조에 따라 건강보험 본인부담액 경감인정을 받은 자

① 대상자

가) 희귀난치성질환자 이면서 차상위 : 2009.1.1.부터 감경 시행

나) 만성질환자 이면서 차상위 : 2009.4.1.부터 감경 시행

② 감경을 : 본인부담금 100분의 60을 감경

2) 「장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시」 제2조제1항제4호 및 제2항에서 정한 감경 적용기준에 해당되는 자

저소득 대상자 : 2009.7.1.부터 감경 시행

2. 감경대상 및 감경을

1) 본인부담금 100분의 60을 감경하는 자

「국민건강보험법」 제69조제4항 및 제5항의 월별 보험료액(이하 “보험료액”이라 한다)이 국민건강보험 가입자 종류별 및 가입자수별(직장가입자의 경우 당해 피부양자를 포함한다) 보험료 순위가 0~25%이하에 해당되며, 직장가입자는 재산이 일정기준 이하인자

2) 본인부담금 100분의 40을 감경하는 자

보험료액이 국민건강보험 가입자 종류별 및 가입자수별(직장가입자의 경우 당해 피부양자를 포함한다) 보험료 순위 25%초과 ~보험료 순위 50%이하에 해당하며, 직장가입자는 재산이 일정기준 이하인자

① 지역가입자는 월별보험료액과 가입자 수를 기준으로 감경여부 판단

② 직장가입자는 직장보험료액과 가입자수, 재산과표액을 기준으로 감경 여부 판단

3. 감경대상자의 본인부담금 부담비율

구분	장기요양급여비용		의사소견서 발급비용
본인부담금 100분의 60 감경	재가급여	본인 6% 공단 94%	본인 10% 공단 90%
본인부담금 100분의 40 감경	재가급여	본인 9% 공단 91%	

(재가장기요양기관 1회당 이용시간별 급여비용)

비용은 매년 보건복지부 「장기요양급여제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」에 따라 정한다.

(추후, 변경 시 수정하여 공개된 장소에 비치한다.)

방문 요양	구분	금액(원)							
		30분 이상	60분 이상	90분 이상	120분 이상	150분 이상	180분 이상	210분 이상	240분 이상
	2026	17,450	25,320	34,120	43,430	50,640	57,020	63,530	70,080

(그 밖의 비용 부담액) (해당되는 경우에 한함)

1. 노인장기요양보험 시행규칙 ‘장기요양센터 정보의 안내 등’에 의해 본 센터에 비급여 대상 항목이 해당되는 부분이 있을 경우 국민건강보험공단 인터넷 홈페이지에 게시하고, 게시된 비급여 대상항목별 비용으로 정하며, 센터는 변경 시 지체없이 수정해야 하며, 그 외 모든 비용은 이용자 부담을 원칙으로 한다.

2. 월 한도액 초과에 따른 비용은 이용자가 100% 전액부담

제2-4조(신원인수인의 권리, 의무)

대상자는 서비스 이용계약 시 대리인(이하 ‘보호자’에 포함)을 지정 할 수 있으며, 대상자가 지정한 보호자는 신원인수인으로서 다음의 권리와 의무를 가진다.

서비스제공자와 서비스이용자(대상자) 및 보호자간에 다음 각 호를 포함한 별도의 이용계약서를 체결한다.

1. 신원인수인(보호자 또는 보증인)의 의무

- ① 이용자의 신병 이상이 생기는 경우 센터에 즉시 알릴 의무
- ② 수급자에 관한 건강 및 기타 필요한 자료를 제공할 의무가 있다.
- ③ 수급자의 월 이용료 등 수급자의 비용을 부담할 의무가 있다.
- ④ 인적사항 등 변경 시 즉시 통보할 의무가 있다.
- ⑤ 장기출장 등으로 보호자 의무 이행이 어려울시 대리인을 선정할 의무가 있다.

2. 신원인수인(보호자 또는 보증인)의 권리

- ① 장기요양급여 제공계약체결에 있어서 센터에 의한 계약해지 요건에 해당 시 계약해지 및 즉시 변경 요구
- ② 장기요양급여비용 명세서(별지 제24호서식)에 대하여 세부 산정 내역을 요구할 수 있다.
- ③ 장기요양 급여제공계획을 변경 요구할 수 있다.
- ④ 대상자가 서비스 제공계획에 따른 적절한 서비스를 제공받고 있는지 확인할 권리가 있다.
- ⑤ 급여를 제공하는 과정에서 발생한 사고로 인한 피해에 대해 보상을 요구할 수 있다.
- ⑥ 기관이 실시하는 만족도 조사, 방문상담 등을 통하여 서비스 질을 평가하고, 시정을 요구할 수 있는 권리

제2-5조(계약의 해제(해지))

1. 대상자(보호자)는 다음 각 호에 해당되는 경우에 기관과 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.

- ① 계약기간이 만료된 경우
- ② 방문요양급여 범위에 해당하는 서비스를 이행하지 아니한 경우
- ③ 방문요양급여 제공시간을 대상자(보호자)의 동의없이 기관이 임의로 변경하거나 배치된 장기요양요원을 임의로 변경했을 경우
- ④ 기타 대상자의 계약해지 사유가 발생한 경우

2. 기관은 다음 각 호에 해당되는 경우에 대상자(보호자)와 협의하여 계약을 해지 할 수 있다.

- ① 대상자의 계약기간이 만료되거나 사망하였을 때
- ② 대상자가 장기요양보험 등급외자로 등급변경이 발생한 경우
- ③ 대상자의 건강진단 결과 「감염병의 예방 및 관리에 대한 법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정 될 때
- ④ 대상자의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때
- ⑤ 이용 계약체결 시 제시한 이용안내를 정당한 이유 없이 따르지 않는 등 급여 제공에 심각한 지장을 줄 경우
- ⑥ 대상자가 월 5회 이상 무단으로 방문요양급여 이용시간과 장소를 지키지 아니하였을 때

이용료 등 비용에 대한 산정방식, 변경방법 및 절차 등에 관한 사항 (운영규정 제3조)

제3-1조(이용료 산정방식)

1. 방문요양서비스 제공시 비용산정

- ① 방문요양서비스 제공 시 급여내용에는 개인활동, 정서, 신체활동, 일상생활지원 등을 포함한다.
(급여제공기록지에 포함되어 있는 급여내용을 기본으로 한다)
- ② 1회 서비스당 개인별장기이용계획서를 준수하여 시간을 제공하며, 위 노인장기요양 기본수가를 바탕으로 계산하여 산정한다.
- ③ 1일 2회까지 제공할 수 있으며, 이 경우 방문간격은 2시간 이상이어야 한다. 단, 방문간격이 2시간 미만 일 경우에는 제공시간을 합산하여 1회로 산정한다.

2) 교통비 가산

- ① 장기요양인정자 중 방문요양급여를 이용하는 수급자의 경우에는 원거리 교통비 기준요소별 산출점수의 합계가 7점 이상인 수급자 또는 「가족요양비 지급 및 의사소견서 제출 제외대상 섬·벽지지역고시」 거주자를 원거리 교통비 적용대상으로 본다. 단, 요양보호사의 수급자가 가족이거나 행정구역상 동일 리에 거주하면서 급여를 제공하는 경우에는 그러하지 아니한다.

- ② 기타 자세한 사항은 장기요양 기본 산정방식을 적용하여 계산한다. (방문요양)

3. 방문요양 급여비용의 산정특례

- ① 수급자 등의 신체적·정신적 상태 또는 폭력행위, 방해 행위 등의 사유로 인하여 동시에 2인의 요양보호사가 급여를 제공한 경우 급여비용은 요양보호사별로 각각 산정할 수 있으며, 이중 1인의 요양보호사가 제공한 방문요양 급여비용은 “가-3”(90분)의 범위 내에서 산정한다. 이 경우 수급자 등의 동의를 얻고 그 내용을 장기요양급여제공기록지 등에 기재 하여야 한다.

- ② 가사활동 지원(취사, 청소, 세탁 등)은 수급자 본인만을 위해 수행한 경우 산정한다.

- ③ 정서지원(말벗, 생활상담, 의사소통 도움 등)에 소요된 시간은 1회 방문 당 최대 60분 범위 내에서 산정한다.

- ④ 수급자의 가족인 요양보호사가 급여를 제공한 경우

- ▶ 본 항에서 말하는 가족이라 함은 수급자를 기준으로 민법 제779조에서 규정하는 가족 등을 말한다.
- ▶ 수급자와 가족 모두를 위한 행위에 대하여는 급여비용을 산정하지 아니 하고 신체활동 지원 등 수급자만을 위한 행위에 대하여만 급여비용을 산정한다.
- ▶ 90분 이상 급여를 제공하더라도 수급자 1인에 대하여 1일 “가-3”의 급여비용을 산정하고 가산규정을 적용하지 아니한다.
- ▶ 가족인 요양보호사가 제공한 방문요양 급여비용을 산정하는 날에는 동 비용 이외 방문요양 급여비용 산정이 불가하다.

- ⑤ 연속 급여제공

- ▶ 수급자 등의 특별한 요청이 있는 경우 방문간격을 두지 않고 1등급 또는 2등급 수급자에게는 최대 월 8일에 한해서 270분 이상, 3등급 또는 4등급 수급자에게는 최대 월 4일에 한하여 210분 이상 연속하여 방문요양급여를 제공할 수 있다. 이 경우 수급자 또는 그 가족의 동의를 얻고 그 내용을 장기요양급여제공기록지 등에 기재하여야 한다.
- ▶ 급여비용은 2회로 분할하여 최초 270분에 대하여는 “가-8”(240)분에 해당하는 비용을 산정하고, 270분을 제외한 나머지 시간에 대하여는 “첨부2”의 범위에서 해당급여비용을 산정한다.
- ▶ 1일 1회 방문에 한하며, 이와 같은 급여비용을 산정하는 날에는 동 비용 이외의 방문요양 급여비용을 산정하지 아니한다.
- ▶ 급여제공 중 일자의 변경이 있는 경우 급여를 개시한 날의 급여비용으로 산정하며, 익일 급여비용 산정을 위한 방문간격은 2시간 이상이어야 한다.

- ⑥ 재가급여는 수급자의 가정을 방문하여 수급자 개개인을 대상으로 개별적으로 제공하는 것이므로 특별한 사유가 없는 한 동일한 장소에서 2인 이상의 수급자에게 동시에 가정 방문급여를 제공하는 경우 급여비용이 불인정 된다. 30분미만은 비용 산정을 하지 아니한다.

제3-2조(급여변경방법 및 절차)

기관은 재가서비스 제공관련 매월 서비스제공계획을 수립, 대상자(보호자)에게 전달하고 본인이 부담해야 할 금액을 고지한다. 서비스제공 중 계획을 변경 할때는 요양보호사와 협의 후 지침에 의거 변경된 서비스를 제공한다, 단 변경 서비스 관련 추가로 발생하는 부담금은 대상자(보호자)에게 통보 한다.

1. 급여제공방법의 변경

- ① 특정일에 대한 급여제공방법 변경: 특정일에 대해 이용자(보호자) 변경요청시 유선 또는 구두로 변경이 가능하며, 센터는 급여제공기록지 등에 그 사유를 기록한다.
- ② 급여제공계획 변경: 변경 사항에 대해 약식으로 변경계약서(확인서)체결을 한다. (급여제공계획을 재수립할 경우 이용자(보호자) 동의로 대체할 수 있음.)

제3-3조(이용료 등 비용에 대한 변경방법 및 절차)

1. 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 이용료를 변경하는 경우 그 변경된 이용료를 이용자나 자에게 안내하여야 한다.
 - ① 이용자의 장기요양등급이 변경되었을 때 또는 **계약기간이 만료되어 재계약을 하여야 하는 경우**
 - ② 이용자의 본인부담금 감경 및 감경취소 등에 의해 **본인부담률이 변경되었을 경우**
 - ③ 이용자의 건강상태, 환경적 요인 등으로 **급여 제공시간 또는 횟수, 급여종류 등이 변경되었을 경우**
 - ④ 보건복지부 「장기요양급여제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한고시」 개정으로 **급여비용 기준 수가가 변경된 경우**
2. 장기요양등급이 변경 또는 계약기간이 만료되어 갱신하는 경우에는 재계약을 한다.
3. 보건복지부 「장기요양급여제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한고시」 개정으로 급여비용기준 수가가 변경된 경우 기본적으로는 재계약을 하기로 하며, 이용자(보호자)와 협의후 재계약을 생략할 수 있기로 한다.
4. 이용자의 본인부담금 감경 및 감경취소 등에 의해 본인부담률이 변경되었을 경우 사실 확인 후 즉시 이용료 계산에 반영한다.